

# La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies d'intervention : une revue de la littérature

## Major depression in primary care and clinical impacts of treatment strategies: A literature review

## A depressão maior nos serviços primários e os impactos clínicos das estratégias de intervenção: revista da literatura

Clément Beaucage, Lise Cardinal, Mélanie Kavanagh et Denise Aubé

Volume 34, numéro 1, printemps 2009

Santé mentale en première ligne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/029760ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/029760ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beaucage, C., Cardinal, L., Kavanagh, M. & Aubé, D. (2009). La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies d'intervention : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 77-100. <https://doi.org/10.7202/029760ar>

Résumé de l'article

La dépression majeure représente un trouble mental fréquent qui s'accompagne d'un taux de morbidité et de mortalité important. Malgré cela, la dépression majeure demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée. Sur le plan du traitement, il apparaît actuellement souhaitable pour des raisons de meilleur pronostic, de cibler résolument la rémission des symptômes dépressifs et le retour rapide au fonctionnement optimal de l'individu. L'article présente une revue systématique de la littérature sur les impacts cliniques de stratégies d'intervention qui visent l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure et consultant en première ligne. Les auteurs se basent sur 41 études qui comportent une mesure des impacts cliniques des stratégies d'intervention mises en oeuvre. L'utilisation de stratégies d'intervention complexes favorise l'obtention de résultats positifs. Les auteurs suggèrent plusieurs pistes de recherche pour améliorer les connaissances actuelles.



## **La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies d'intervention : une revue de la littérature**

---

Clément Beaucage\*

Lise Cardinal\*\*

Mélanie Kavanagh\*\*\*

Denise Aubé\*\*\*\*

La dépression majeure représente un trouble mental fréquent qui s'accompagne d'un taux de morbidité et de mortalité important. Malgré cela, la dépression majeure demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée. Sur le plan du traitement, il apparaît actuellement souhaitable pour des raisons de meilleur pronostic, de cibler résolument la rémission des symptômes dépressifs et le retour rapide au fonctionnement optimal de l'individu. L'article présente une revue systématique de la littérature sur les impacts cliniques de stratégies d'intervention qui visent l'amélioration des services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure et consultant en première ligne. Les auteurs se basent sur 41 études qui comportent une mesure des impacts cliniques des stratégies d'intervention mises en œuvre. L'utilisation de stratégies d'intervention complexes favorise l'obtention de résultats positifs. Les auteurs suggèrent plusieurs pistes de recherche pour améliorer les connaissances actuelles.

**L**a dépression majeure représente un trouble mental fréquent qui s'accompagne de risques importants de morbidité et de mortalité. Compte tenu du risque élevé de récurrence, l'Organisation mondiale de la santé recommande de la considérer comme un trouble récurrent, qui évolue fréquemment vers la chronicité (World Health Organization Europe, 2004). Pour des raisons de meilleur pronostic, le traitement doit

---

\* M.D., spécialiste en santé communautaire, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

\*\* M.D., spécialiste en santé communautaire, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

\*\*\* Ph. D. en médecine expérimentale, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

\*\*\*\* M.D., spécialiste en santé communautaire, Institut national de santé publique du Québec, Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des services et l'évaluation en santé mentale (GRIOSE-SM).

viser non seulement la réduction des symptômes dépressifs, mais aussi leur rémission et le retour rapide au fonctionnement optimal de l'individu.

Cet article fait état des connaissances sur les impacts cliniques de différentes stratégies d'intervention expérimentées dans les soins de première ligne. Les conditions qui favorisent les changements cliniques désirés y sont identifiées.

La dépression majeure est un trouble mental fréquent dont la prévalence chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus est estimé à 4,8 % (ESCC-2002) (Statistique Canada, 2004). Dans les pays développés, elle était, en l'an 2000, la première cause d'années de vie vécues avec une incapacité (AVI), et la quatrième cause d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) (Conseil médical du Québec, 2001 ; OMS, 2001a ; OMS, 2001 b). La dépression majeure augmente le risque de mortalité prématurée, dont le risque de décès par suicide qui est vingt fois plus élevé chez les personnes déprimées que dans la population générale (Gaynes et al., 2004). Au Canada, en 1998, le coût annuel de la dépression était estimé à un minimum de 14 milliards de dollars, dont près de la moitié en coûts indirects en lien avec l'absentéisme et la diminution de la productivité au travail (Stephens et Joubert, 2001).

Pourtant, la dépression majeure demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée (Davidson et Meltzer-Brody, 1999). Les omnipraticiens sont les professionnels de la santé les plus souvent consultés par les personnes qui souffrent de troubles mentaux (Bland et al., 1990 ; Lesage, 1996), et la prévalence de la dépression majeure en première ligne serait de 5 % à 9 % (Katon et al., 1997). De 30 % à 60 % des personnes dépressives consultant pour des troubles de l'humeur seraient correctement diagnostiquées par leurs médecins<sup>1</sup>. Moins de la moitié des sujets diagnostiqués bénéficieraient d'un traitement avec antidépresseurs<sup>2</sup> ; 35 % à 60 % d'entre eux auraient une ordonnance inadéquate<sup>3</sup> et près de la moitié aurait cessé leur médication 3 mois après le début du traitement (Katon et al., 1992). La fréquence d'interventions de counseling lors des visites médicales serait relativement peu élevée<sup>4</sup> de même que le recours aux services spécialisés de santé mentale<sup>5</sup>.

Cette revue systématique de la littérature porte sur les impacts cliniques de stratégies d'intervention qui améliorent les services offerts aux personnes atteintes de dépression majeure qui consultent en première ligne. Plus spécifiquement, elle présente les principaux résultats d'études qui évaluent l'efficacité des stratégies et qui comportent une mesure des impacts cliniques (outcomes) sur l'état de santé des personnes atteintes. Ces stratégies d'intervention visent l'amélioration

du diagnostic, du traitement et du suivi des personnes touchées par une dépression majeure.

## Méthode

Les banques bibliographiques consultées sont : *Medline*, *PsycINFO*, *Social Work Abstracts*, *Sociological Abstracts* et *Social Sciences*. Les descripteurs utilisés ont été Depression et Primary Health Care. La période de publication retenue se situe entre janvier 1998 et décembre 2005 où se retrouve l'essentiel des études pertinentes publiées en anglais, et qui utilisent un devis expérimental ou quasi expérimental. Les sujets ciblés par l'intervention sont les personnes qui présentent une dépression majeure (selon les critères du DSM-III-R/-IV ou selon la classification internationale des maladies, version 9 ou 10 [CIM-9/-10]) et consultant en soins de première ligne. Les changements cliniques (outcomes) ciblés touchent la symptomatologie dépressive (réduction des symptômes, réponse, rémission) ou le fonctionnement de la personne. Les études à caractère économique ont été exclues.

Les données ont été extraites, colligées et analysées à l'aide d'une grille d'évaluation de la qualité des études scientifiques avec devis expérimental (Beaucage et Bonnier Viger, 1996). Les écarts d'appréciation de leur qualité ont fait l'objet de discussion jusqu'à l'obtention d'un consensus. La consultation d'experts externes a permis de valider la structure et le contenu scientifique de cette revue systématique de la littérature.

## Caractéristiques des études

Quarante et une études avec devis expérimental ou quasi expérimental, dont 40 avec randomisation<sup>6</sup>, ont été retenues. Toutes les études comparent l'effet d'une intervention particulière chez deux groupes de patients : ceux exposés à l'intervention expérimentale (dorénavant nommés les exposés) et ceux qui reçoivent des soins habituels (*usual care*). Toutes les études utilisent un groupe de comparaison qui reçoit des soins habituels, rarement définis. Lorsqu'ils le sont, s'y retrouvent généralement : a) le traitement par le médecin de première ligne ; b) une offre de traitement le plus souvent pharmacologique ; c) l'orientation en soins spécialisés. Ces soins habituels sont offerts dans l'environnement où se réalise l'étude.

Seize études ciblent la symptomatologie dépressive (diminution des symptômes, réponse, rémission), 22 autres ciblent à la fois le fonctionnement et la symptomatologie dépressive, et trois autres ciblent des dimensions particulières du fonctionnement. Les stratégies évaluées ont été réparties en stratégies simples et en stratégies complexes.

## Les résultats

### *Les stratégies simples*

Les stratégies simples se catégorisent comme suit : *outils d'aide à la détection* de la dépression (Williams et al., 1999), *formation brève des médecins* sur la dépression et ses traitements (Thompson et al., 2000 ; King et al., 2002), *rétroaction informatique au médecin* de données cliniques et thérapeutiques concernant le patient ou *utilisation d'un programme d'information pour le patient* (programme RHYTHMS®) (Simon et al., 2000 ; Mundt et al., 2001 ; Rollman et al., 2002).

Les stratégies simples ne sont pas plus efficaces que les soins habituels pour diminuer les symptômes et pour améliorer le fonctionnement de la personne.

### *Les stratégies complexes*

Les stratégies complexes définies dans l'encadré A démontrent davantage d'efficacité que les soins habituels.

Encadré A	Définition des stratégies complexes utilisées
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Soins en étapes (<i>stepped-care</i>) :</b> Caractérisés par une prise en charge professionnelle modulée selon la gravité de l'état dépressif et la réponse au traitement, visant l'utilisation optimale de ressources limitées par le recours à des algorithmes décisionnels, au monitoring systématique et à la coordination étroite entre le gestionnaire de cas (<i>case manager</i>) et les prestataires de soins spécialisés pour les cas les plus graves.</li> <li>• <b>Programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins :</b> Définis par la mise en place d'interventions éducatives et organisationnelles visant la détection et la prise en charge de la dépression majeure, telles l'éducation des patients et l'utilisation de leaders d'opinion, l'utilisation d'outils de dépistage et de suivi des patients, la gestion de cas (<i>case management</i>) par l'infirmière et, enfin, l'intégration des soins spécialisés. Cette stratégie implique un processus rétroactif et continu de mesure des écarts entre les pratiques courantes et les meilleures pratiques.</li> <li>• <b>Soins en collaboration :</b> Caractérisés par la structuration des soins selon une approche de maladie chronique et impliquant la participation de tous les acteurs (patients, omnipraticiens, spécialistes), le soutien à la prise de décision à l'aide de guides de pratiques et d'algorithmes décisionnels, la présence d'un gestionnaire de cas non médical, un suivi proactif et une facilité d'accès aux spécialistes.</li> </ul> <p>Adapté de World Health Organization, Regional Office for Europe's Health Evidence Network, <i>What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression ?</i> 2004.</p>

### *Soins en étapes*

Dans la seule étude de cette catégorie, le programme de soins en étapes inclut la psychoéducation, le suivi systématique des progrès cliniques réalisés par des intervenants qualifiés, et les programmes structurés de pharmacothérapie. Ce programme de soins en étape se révèle plus efficace que les soins habituels car les interventions améliorent significativement la réponse au traitement après 6 mois, la rémission après 3 et 6 mois de soins, le fonctionnement social et la vitalité de la personne (Araya et al., 2003).

### *Programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins<sup>7</sup>*

Ces programmes sont évalués par sept études présentées en quatre volets.

- a) L'utilisation d'une stratégie visant un apprentissage individualisé auprès des médecins, (*academic detailing*) ou un suivi continu de l'amélioration de la qualité (*continuous quality improvement*) ne démontre pas plus d'amélioration de l'état dépressif ou du statut fonctionnel chez les sujets exposés (Brown et al., 2000).
- b) Les stratégies ciblant l'utilisation des directives standardisées émises par l'AHCPR en soins de première ligne sont évaluées par quatre études. Une première étude (Schulberg et al., 1996) démontre une plus grande efficacité de la pharmacothérapie et de la thérapie interpersonnelle (IPT) à réduire les symptômes dépressifs de la dépression majeure après 8 mois. La pharmacothérapie a toutefois un effet plus rapide. Les trois autres études respectent la préférence des patients exposés dans l'attribution de la pharmacothérapie ou de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La première étude (Wells et al., 2000) démontre une plus grande diminution des symptômes dépressifs et du risque de les présenter après un suivi de 12 mois. Les deux autres études (Sherbourne et al., 2001 ; Wells et al., 2004) observent que ces impacts positifs se maintiennent à long terme (à 24 et à 57 mois) davantage avec la TCC qu'avec la pharmacothérapie. Par ailleurs, que ce soit par l'utilisation de la TCC ou de la pharmacothérapie, ces mêmes études font état d'un meilleur fonctionnement émotionnel chez les exposés, mais pas de différence entre les groupes quant au statut fonctionnel physique.
- c) L'évaluation d'une formation brève au diagnostic et au traitement pharmacologique de la dépression auprès des médecins de patients récemment diagnostiqués pour une dépression majeure démontre une faible diminution des symptômes au profit du

groupe exposé, mais cette évaluation a trouvé une amélioration de l'observance au traitement et de l'orientation plus fréquente en soins spécialisés entre 0 et 6 mois (Worrall et al., 1999).

- d) Une dernière étude démontre qu'une approche systématique d'évaluation, de gestion de la dépression et de soutien téléphonique améliore davantage la réponse au traitement après 3 mois et 6 mois et la rémission après 6 mois (Dietrich et al., 2004).

### **Soins en collaboration**

Les soins en collaboration sont réalisés par a) des psychiatres ou des psychologues, b) des infirmières, c) un pharmacien et d) de multiples intervenants. Vingt-six études examinent ces soins en collaboration.

#### ***Soins en collaboration avec des psychiatres ou des psychologues***

Neuf études impliquent ces derniers. Selon les modalités d'intervention utilisées, les résultats sont variables.

Modalité 1 : Cinq études expérimentent un suivi des patients par le médecin de première ligne en alternance avec un psychiatre ou un suivi du patient par le médecin de première ligne en alternance avec un psychologue. Deux études observent, après 4 mois, une meilleure réponse au traitement. Après 7 mois, il y a une plus grande réduction des symptômes dépressifs chez les sujets exposés (Katon et al., 1995 ; Katon et al., 1996). Cette différence ne se maintient pas toutefois après 19 mois (Lin et al., 1999). Dans ce programme d'alternance, il y a une plus grande amélioration de la perception de l'état de santé et des symptômes somatiques, mais aucune différence significative pour l'absentéisme et les contraintes lors d'activités quotidiennes (Simon et al., 1998). Dans une dernière étude (Lin et al., 2000), on découvre une plus grande diminution de l'invalidité chez les exposés, mais aucune différence sur le fonctionnement social et sur les limitations associées aux problèmes émotionnels.

Modalité 2 : Trois études évaluent l'ajout d'un suivi psychiatrique pour des patients symptomatiques atteints de dépression majeure chronique et qui reçoivent en soins courants un traitement médicamenteux depuis au moins 8 semaines (Katon et al., 1999 ; Walker et al., 2000 ; Katon et al., 2002). Après 3 mois d'observation, une plus grande proportion d'exposés présente une diminution des symptômes dépressifs. Il y a également rémission après 3 mois et 6 mois. Cependant, ces différences ne sont pas observées chez les exposés atteints de dépression majeure sévère après 6 mois et 28 mois, ni dans le statut fonctionnel de ces derniers après 28 mois (Katon et al., 2002). Une dernière étude

(Ceroni et al., 2002) évalue les effets de la collaboration établie entre médecins et psychiatres durant six mois dans la prise en charge de patients ayant une dépression majeure. Elle ne révèle aucune différence significative entre les groupes 12 mois plus tard.

### ***Soins en collaboration avec des infirmières***

Six études évaluent des soins réalisés en collaboration avec des infirmières. Les soins se réalisaient selon des modalités différentes. a) L'ajout de consultations en face-à-face avec les patients dépressifs ne démontrent pas plus d'effets positifs sur les symptômes dépressifs et sur le statut fonctionnel après 6 et à 12 semaines (Peveler et al., 1999). b) Un court suivi de 2 mois (4 rencontres) en clinique ou par téléphone sur les symptômes dépressifs de patients relativement âgés ( $56 \pm 13$  ans) atteints de dépression majeure ou de dysthymie n'amène aucune différence après une période d'observation de 12 mois (Swindle et al., 2003). c) Par contre, un suivi strictement téléphonique de 16 semaines démontre une amélioration plus marquée de la réponse au traitement après 6 semaines et 6 mois chez les exposés, et une amélioration de leur statut fonctionnel après 6 semaines (Hunkeler et al., 2000). De même, le suivi téléphonique d'une infirmière intervenant aux 3 semaines (sur une période de 4 mois) amène une plus grande amélioration des symptômes dépressifs chez les exposés, mais pas d'amélioration plus marquée du statut fonctionnel (Datto et al., 2003). d) Enfin, le suivi de patients dépressifs par des infirmières formées selon les standards de l'AHCPR réduit davantage les symptômes dépressifs après 6 mois lorsque les patients ne sont pas déjà médicamenteux au début de l'étude (Rost et al., 2001). Pour les patients atteints d'une dépression majeure nouvellement diagnostiquée pour lesquels on ajoute à l'intervention usuelle un suivi téléphonique mensuel de 24 mois, on observe plus de rémissions chez les patients exposés (74 % versus 41 %), et de meilleurs statuts émotionnel et physique (Rost et al., 2002).

### ***Soins en collaboration avec un pharmacien***

Quatre études évaluent des soins en collaboration avec un pharmacien. Elles ne démontrent pas plus d'amélioration des symptômes dépressifs ou du statut fonctionnel des sujets exposés comparés aux non exposés (Finley et al., 2003 ; Adler et al., 2004 ; Capoccia et al., 2004 ; Brooks et al., 2003).

### ***Soins réalisés par de multiples intervenants***

Enfin, 7 études évaluent des soins réalisés par de multiples intervenants. Après une période d'observation de 4 mois, les consultations



hebdomadaires réalisées pendant 6 semaines par un conseiller n'ont pas plus d'effet sur les symptômes dépressifs et sur le statut fonctionnel (Harvey et al., 1998) que les soins donnés au groupe contrôle. Également, le suivi téléphonique d'intervenants professionnels pour les symptômes dépressifs de patients atteints de dépression majeure n'améliore pas la réponse au traitement, ou la rémission de la dépression majeure après 6 mois (Tutty et al., 2000). Toutefois, la modification de ces modalités apporte des résultats positifs. Par exemple, l'ajout d'un suivi téléphonique de type « care management » combiné à une TCC structurée effectuée par téléphone permet, après un suivi de 6 mois, d'améliorer davantage la réponse au traitement (Simon et al., 2004).

L'intégration d'un suivi par différents intervenants (psychologues, infirmières et travailleurs sociaux qualifiés) de patients atteints de dépression majeure, à risque de rechute, diminue d'une manière plus importante les symptômes dépressifs des patients exposés sur une période de 12 mois. Mais on ne note pas de différence significative pour le statut fonctionnel (Katon et al., 2001). Des soins thérapeutiques (ex. : médication, psychothérapie) et de suivi (ex. : liaison, relance téléphonique) provenant de différents intervenants diminuent davantage les symptômes dépressifs après 3 mois. Mais ces soins n'améliorent pas plus significativement la réponse au traitement et n'agissent pas davantage sur la sévérité de la dépression majeure après 9 mois (Hedrick et al., 2003). Après 3 mois de soins, on note moins d'interférences de l'état de santé des personnes exposées sur leurs activités familiales, sociales et professionnelles. Aucune différence des statuts fonctionnel, mental et physique n'est mesurée après 3 et 9 mois (Von Korff et al., 2003). Enfin, le monitoring du traitement par des coordonnateurs cliniques amène une plus grande diminution des symptômes dépressifs chez les exposés, entre 6 semaines et 12 mois après l'intervention. On obtient à 12 mois une réponse positive au traitement chez 53,2 % des patients exposés (versus 32,8 %), dont une rémission chez 45,3 % d'entre eux (versus 27,7 %). Il y a également une plus grande amélioration du fonctionnement social, de la santé mentale et de la perception générale de la santé chez les exposés après 12 mois (Katzelnick et al., 2000).

### **Analyse des résultats**

Les résultats sont analysés selon le type d'impact mesuré, le type de stratégies et les caractéristiques démographiques des sujets.

### ***Le type d'impact mesuré***

Pour analyser les résultats selon le type d'impacts cliniques mesurés, nous avons retenu les 34 études qui utilisent des stratégies complexes. a) Vingt-cinq études évaluent la réduction des symptômes dépressifs et 17 d'entre elles démontrent une différence statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ ). Cette amélioration apparaît plus marquée lorsque le traitement débute au moment du recrutement. b) Quatorze études évaluent la réponse au traitement et la moitié d'entre elles ( $n = 7/14$ ) ne démontrent pas de différence significative, la durée des périodes d'observation variant entre 3 et 19 mois. Lorsque des différences existent entre la proportion de personnes ayant répondu chez les exposés et les non-exposés, ces proportions varient de 6 % à 46 %. Dans ce cas, la durée maximale d'observation de six études était de 6 mois. c) Enfin, 16 études mesurent la rémission. Plus de la moitié d'entre elles ( $n = 9/16$ ) relèvent une différence significative entre exposés et non exposés. La différence entre la proportion des personnes en rémission chez les exposés et les non-exposés varie selon les études de 10 % à 35 %, la durée de ces études variant de 3 à 24 mois. Pour les 7 études qui ne présentent pas d'effets positifs, les durées d'observation sont en général plus longues et varient de 3 à 57 mois.

L'importance de ces différences s'apprécie en estimant le nombre de sujets déprimés devant être exposés à l'intervention pour obtenir une réponse ou une rémission de plus chez le groupe non exposé. Ce ratio varie de 10 : 1 à 2,2 : 1 pour la réponse au traitement, et de 10 : 1 à 3 : 1 pour la rémission, des résultats intéressants compte tenu de la prévalence relativement élevée de la dépression majeure. À titre d'exemple, pour le traitement de l'hypertension artérielle diastolique (115 à 129 mm Hg) destiné à prévenir un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde ou un décès, un ratio de 9 : 1 est jugé acceptable et justifie l'intervention (Katzelnick et al., 2000, 345-351).

### ***Le fonctionnement global***

Vingt études évaluent le fonctionnement global de l'individu sous différentes dimensions. Sept études ne démontrent aucune différence entre exposés et non-exposés, quelque soit la dimension du fonctionnement étudiée. Les autres études présentent des différences significatives au plan statistique, en faveur des sujets du groupe exposé, mais fournissent peu d'information afin de juger de la signification clinique de ces résultats. De plus, l'inconsistance des résultats et la grande variété des dimensions explorées limitent la capacité de généralisation. Enfin, comme certaines dimensions fonctionnelles sont susceptibles de

se modifier à plus long terme (par exemple, la vitalité, la reprise de l'ensemble des rôles, le sentiment de bien-être), il n'est pas possible de formuler de conclusions définitives à propos de l'impact à long terme des stratégies d'intervention sur le fonctionnement de la personne atteinte, justement à cause de la durée relativement courte des études.

### *Les stratégies d'intervention et leurs composantes*

Les stratégies les plus efficaces incluent, selon le cas, le travail en équipe multidisciplinaire, la formation des intervenants sur la détection et le traitement de la dépression majeure, l'utilisation de guides de pratique, un plus grand partage des tâches et la mise en place de mécanismes de suivi. Ce suivi comprend différentes activités : la relance, la psychoéducation, le maintien de l'observance, l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes, la prévention et la gestion de crise psychosociale. Ces stratégies peuvent aussi intégrer des mécanismes efficaces de rétroaction entre intervenants de première ligne ou entre intervenants de première et deuxième ligne.

Les stratégies plus complexes sont davantage efficaces, notamment lorsque les équipes de soins en collaboration impliquent des infirmières ou des intervenants multiples. Toutefois, peu d'études tentent de cerner les effets relatifs à chacune des composantes de l'intervention. Une récente étude a comparé deux programmes de soins pour la dépression : l'un utilise une stratégie complexe (incluant une activité de suivi systématique) et l'autre une intervention de suivi systématique seul (Vergouwen et al., 2005). Cette étude ne comportait pas de groupe contrôle de type *usual care*. Dans leur discussion sur l'efficacité des composantes des interventions, les auteurs rapportent une amélioration de la symptomatologie dans les deux groupes, même en absence de différence significative (réponse et rémission). Ils en déduisent que le suivi systématique constitue une stratégie détenant, de façon indépendante, le potentiel d'améliorer les résultats cliniques. Les travaux que nous avons recensés incluent une étude de Simon et al. qui présente un gradient d'efficacité entre trois groupes d'intervention : soins habituels, suivi systématique de type *case management*, et suivi systématique de type *case management* et psychothérapie (Simon et al., 2004). Les auteurs concluent à la supériorité de la troisième intervention sans pouvoir déterminer quels aspects particuliers de la psychothérapie ont eu un impact positif (contenu de la psychothérapie, contacts téléphoniques réguliers et fréquents). La synergie des différentes composantes pourrait être en cause, sans qu'on puisse en faire la démonstration. Par ailleurs, les stratégies complexes utilisées pour intervenir sur

la dépression majeure s'apparentent à celles utilisées dans le domaine de la gestion des maladies chroniques (maladies pulmonaires obstructives chroniques, diabète, hypertension artérielle) où, de plus en plus, le suivi systématique apparaît comme une condition de succès.

### *L'âge et le sexe*

Sauf exception, tous les auteurs fournissent des renseignements sur les caractéristiques sociodémographiques des sujets, mais aucune étude ne présente les impacts des interventions en fonction de l'âge ou du sexe. Sauf pour deux études réalisées auprès de vétérans de l'armée américaine (Hedrick et al., 2003 ; Swindle et al., 2003), les personnes recrutées dans les études sont majoritairement des femmes. Dans les 39 autres études, la moyenne d'âge des sujets s'étend de 36 à 55 ans. La proportion de femmes varie de 57 % à 85 % dans les groupes exposés, et de 55 % à 82 % dans les groupes contrôle. Généralement, la différence entre les proportions d'hommes et de femmes n'est pas significative entre exposés et non-exposés. Lorsqu'elle existe, elle est en général faible et lorsqu'on contrôle pour le sexe, les impacts sur la symptomatologie dépressive demeurent inchangés. Il en est de même pour l'âge. Cette surreprésentation habituelle des femmes suscite un questionnement sur la validité des résultats touchant les hommes. Les résultats des deux études, dont les groupes sont composés à plus de 95 % d'hommes en moyenne plus âgés que dans les autres études (Hedrick et al., 2003 ; Swindle et al., 2003), diffèrent. Les résultats de l'étude de Hedrick (soins en collaboration, intervenants multiples) sont positifs à court terme (3 et 9 mois), alors que ceux de l'étude de Swindle (2003) (soins en collaboration, infirmières) ne le sont pas après 3 et 12 mois.

## **Forces et limites des études retenues**

### ***Confirmation du diagnostic***

Alors que la majorité des études utilise des guides d'entrevues cliniques structurées pour établir le diagnostic de dépression majeure, 7 études rapportent qu'il est posé par le médecin sans identifier d'outils ou d'échelles d'évaluation. Or, la capacité d'établir un diagnostic de dépression majeure varie selon les connaissances et les habiletés du médecin, selon l'importance des symptômes dépressifs. La présence de symptômes plus importants favorise l'inclusion des sujets qui les présentent (Van Den Brink et al., 1991 ; Joukamaa et al., 1995). Ce biais de sélection potentiel pourrait affecter la mesure des écarts entre exposés et non-exposés et entraîner leur surestimation.

### ***Critères d'exclusion***

La majorité des études utilisent plusieurs critères d'exclusion qui renforcent l'homogénéité des populations étudiées, notamment la présence d'idéation ou de comportements suicidaires ou de toxicomanies (alcool ou drogues), des problèmes souvent associés à la dépression. La constitution de groupes homogènes comporte des avantages au plan de la validité interne. Cependant, elle limite la capacité de généraliser les résultats à l'ensemble de la population qui consulte en première ligne, cette dernière incluant souvent des personnes avec des dépendances, d'autres maladies mentales, des idéations ou comportements suicidaires.

### ***La classification des observations***

#### ***Outils de collecte des données***

Chaque étude utilise auprès des exposés et des non-exposés les mêmes questionnaires validés et standardisés, auto-administrés ou non. L'utilisation d'un même questionnaire, même imparfait, entraîne une erreur de classification qui affecte de la même façon les groupes étudiés, avec une sous-estimation possible des effets.

#### ***La désignation en aveugle des sujets***

Vingt-cinq études utilisent une stratégie de prévention des biais d'information par l'évaluation clinique en aveugle des sujets, mais aucune étude n'a été réalisée en double aveugle. Cette absence s'explique par le fait que plus les modalités de l'intervention étudiée diffèrent des soins habituels, plus il est difficile d'effectuer une affectation des sujets en aveugle. La conséquence est que les médecins sont nécessairement informés du groupe auquel les sujets appartiennent. Cela peut influencer leur performance et les changements cliniques observés chez les sujets déprimés (effet Hawthorne). Il est difficile de prévoir le sens et l'intensité de ce biais d'information.

### ***La qualité des devis***

Toutes les études, sauf une, présentent un devis expérimental et font l'objet d'une procédure de randomisation des patients, des intervenants, ou des deux à la fois. Cette procédure minimise les biais de confusion potentiels en assurant la comparabilité des groupes au début de la démarche. Lorsque les groupes n'étaient pas comparables pour certaines variables, le traitement statistique était ajusté en conséquence.

### ***La puissance statistique***

Vingt cinq études ont une puissance statistique qui se base, entre autres, sur la détermination d'une différence jugée significative au plan clinique. Toutefois, 10 études qui ne rapportent aucune différence entre les groupes exposés et non exposés ne font pas état du calcul de la puissance.

### **Limites en lien avec le regroupement des études retenues**

#### ***La diversité de la nature des impacts cliniques mesurés***

La diversité de la nature des impacts cliniques mesurés limite la possibilité de comparer les études. Les mesures les plus utilisées concernent la réponse au traitement et, dans une moins grande proportion, la rémission. D'autres études utilisent la réduction des symptômes, sans égard à l'utilisation d'un seuil d'amélioration préétabli. On retrouve également différentes mesures de rétablissement (recovery), estimé à partir du statut fonctionnel de l'individu et de sa capacité à exercer ses rôles sociaux (Keller, 2004, 53-59).

#### ***La variabilité des périodes d'observation***

La variabilité des périodes d'observation (3 mois à 57 mois) a compliqué la synthèse des résultats. De plus, les périodes d'observation et d'intervention étaient le plus souvent courtes et se superposaient de différentes façons.

#### ***La définition imprécise des soins habituels***

Toutes les études décrivent le groupe de comparaison comme celui qui reçoit les soins habituels, mais elles le définissent rarement. Ce groupe inclut généralement : a) le traitement par le médecin de première ligne ; b) une offre de traitement le plus souvent pharmacologique ; c) l'orientation en soins spécialisés. Les soins habituels constituent la base de comparaison mais ils peuvent grandement varier d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre et même à l'intérieur d'une même région. Lorsque les systèmes de santé offrent des soins habituels bien structurés et de qualité, les patients exposés à l'intervention expérimentale présenteront moins de différences qu'en présence de soins habituels moins performants. Une amélioration minimale de la qualité de soins moins performants pourrait plus facilement engendrer des différences notables entre les groupes. L'interprétation des résultats doit aussi tenir compte de l'amélioration probable de la qualité des soins habituels au fil du temps.

### ***L'association peu documentée entre la gravité des problèmes et l'effet des interventions***

Les études retenues ne présentent pas de mesure d'association entre le degré de gravité du trouble dépressif majeur (léger, modéré, grave) et les effets de l'intervention. Une équipe de chercheurs (Katon et al., 1995 ; Simon et al., 1998), intéressée à distinguer la réponse à l'intervention selon la présence de dépression majeure ou mineure, a observé une meilleure réponse lors de dépression majeure. L'absence d'effet lors de la dépression mineure pourrait être due à l'histoire naturelle de la maladie qui tendrait à se résorber plus rapidement, avec ou sans intervention. Ces chercheurs ont également étudié les effets de l'intervention selon le degré de gravité de la maladie au moment du diagnostic. Ils ont trouvé que les sujets atteints modérément répondaient mieux à l'intervention que ceux atteints gravement. Par contre, une étude de Simon et al. n'observe aucune différence chez les exposés entre les sujets présentant un score de sévérité modéré des symptômes dépressifs et ceux présentant un score de sévérité élevé (Tutty et al., 2000).

### ***L'intégration des études utilisant une approche « naturalistique »***

L'utilisation d'une approche « naturalistique » et la prise en compte de la préférence du sujet pour le choix du traitement à recevoir sont peu fréquentes et limitent aussi la synthèse des résultats. Onze études retiennent une approche « naturalistique » et 8 d'entre elles utilisent des programmes standardisés d'amélioration de la qualité des soins. L'approche « naturalistique » choisit des critères moins sévères d'inclusion et d'exclusion des sujets, rapprochant le profil des sujets sélectionnés de celui d'une population générale qui consulte en première ligne, renforçant ainsi la validité externe des résultats. Huit des onze études démontrent une amélioration plus significative chez les groupes exposés à l'intervention.

## **Conclusion**

L'analyse des résultats indique plusieurs pistes susceptibles d'améliorer l'organisation des services pour mieux répondre aux besoins des personnes qui souffrent de dépression majeure. Elle propose également de futurs objets de recherche.

La dépression majeure doit être considérée comme un trouble récurrent qui évolue fréquemment vers la chronicité. Ce nouveau paradigme de la dépression majeure invite fortement à une révision des objectifs thérapeutiques vers l'obtention d'une rémission complète des

symptômes dépressifs, et le rétablissement de l'ensemble des dimensions du fonctionnement de la personne. Ainsi, les stratégies d'intervention doivent aussi être redéfinies. Une partie importante de cette revue de la littérature traite de stratégies complexes, qui semblent prometteuses, et qui s'apparentent aux interventions reconnues efficaces pour d'autres problématiques chroniques. Considérer la dépression dans une perspective similaire à celle des maladies chroniques dans les processus de prise de décision et les pratiques professionnelles serait au bénéfice des personnes atteintes. La consolidation actuelle du système de santé québécois au profit des soins de première ligne favorise en effet la prise en charge de problèmes de santé chroniques, et présente un terrain fertile à l'implantation de stratégies d'intervention prometteuses. L'exemple des Groupes de médecins de famille (GMF) est inspirant à cet égard : clientèles vulnérables ciblées, mode de rémunération adapté, incitation à l'utilisation de guides de pratiques, suivi et relance de la clientèle, système d'information approprié, etc.

Des défis doivent aussi être relevés. Ils sont au nombre de quatre. Ainsi, les travaux qui utilisent des devis de type « naturalistique » incitent à favoriser l'étude de clientèles représentant adéquatement les populations atteintes de dépression majeure et qui consultent en première ligne. Également, les études futures devront respecter les préférences des sujets pour les options thérapeutiques, ce qui optimiserait les résultats des études comparatives en améliorant l'adhésion au traitement. Il serait souhaitable de mener des études dans des environnements cliniques qui utilisent le plus possible des ressources déjà disponibles.

Deuxièmement, il faut améliorer nos connaissances sur les bénéfices respectifs des différentes composantes des interventions utilisées pour mieux cibler les investissements, contrôler les coûts d'implantation des stratégies et améliorer le rapport coût/efficacité.

Troisièmement, la durée des études inventoriées dans cette revue de la littérature a constitué une limite à l'évaluation des impacts cliniques à moyen et long terme (plus de 12 mois). Des études plus longues permettraient de porter un jugement plus concluant sur la pérennité des effets, et rendrait possible la mesure des différentes dimensions du fonctionnement susceptibles de s'améliorer sur une plus longue période.

Enfin, les études publiées n'abordent qu'un petit nombre des facteurs déterminants de l'évolution du trouble dépressif. Ces facteurs touchent principalement les cliniciens (formation, aide à la décision, organisation du travail) ou les patients (information sur la maladie, soutien à l'observance). Il est souhaitable que les recherches



s'intéressent à d'autres facteurs qui influencent le cours de la maladie, telles les croyances et les attitudes de la personne et de ses proches envers les troubles mentaux, la force du réseau relationnel et la qualité du soutien communautaire reçu.

## Notes

1. Kessler et al., 1985, 583-587; Ormel et al., 1991, 700-706; Van Den Brink et al., 1991, 273-284; Olfson et Klerman, 1992, 627-635; Joukamaa et al., 1995, 52-56; Harris et al., 1996, 526-529; Tiemens et al., 1996, 636-644; Simon et al., 2000, 550-554; Conseil médical du Québec, 2001, 5.
2. Katon et al., 1992, 67-76; Katon et al., 1994, 81-90; Simon et al., 2000, 550-554.
3. Katon et al., 1992, 67-76; Wells et al., 1994, 694-700; Simon et al., 2000, 550-554.
4. Ormel et al., 1991, 700-706; Olfson et Klerman, 1992, 627-635.
5. Ormel et al., 1991, 700-706; Harris et al., 1996, 526-529.
6. L'information relative à la sélection et la distribution des études retenues selon les stratégies utilisées et les années de publication est disponible auprès des auteurs.
7. US Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research, 1993, Volume 1; US Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research, 1993, Vol. 2).

## Références

- ADLER, D. A., BUNGAY, K. M., WILSON, I. B., PEI, Y., SUPRAN, S., PECKHAM, E., CYNN, D. J., ROGERS, W. H., 2004, The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients, *General Hospital Psychiatry*, 26, 3, 199-209.
- ARAYA, R., ROJAS, G., FRITSCH, R., GAETE, J., ROJAS, M., SIMON, G., PETERS, T. J., 2003, Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial, *The Lancet*, 361, 9362, 995-1000.
- BEAUCAGE, C., BONNIER VIGER, Y., 1996, *Épidémiologie appliquée : une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*, Gaétan Morin, Montréal.
- BLAND, R. C., NEWMAN, S. C., ORN, H., 1990, Health care utilization for emotional problems: results from a community survey, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 5, 397-400.

- BROOK, O. H., VAN HOUT, H. P. J., NIEUWENHUYSEA, H., DE HAAN, M., 2003. Effects of coaching by community pharmacists on psychological symptoms of antidepressant users; a randomised controlled trial, *European Neuropsychopharmacology*, 13, 347-354.
- BROWN, J. B., SHYE, D., MCFARLAND, B. H., NICHOLS, G. A., MULLOOLY, J. P., JOHNSON, R. E., 2000, Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression, *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 26, 1, 39-54.
- CAPOCCIA, K. L., BOUDREAU, D. M., BLOUGH, D. K., ELLSWORTH, A. J., CLARK, D. R., STEVENS, N. G., KATON, W. J., SULLIVAN, S. D., 2004, Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care, *American Journal of Health-System Pharmacy*, 61, 4, 364-372.
- CERONI, G. B., RUCCI, P., BERARDI, D., CERONI, F. B., KATON, W., 2002, Case review vs. usual care in primary care patients with depression: a pilot study, *General Hospital Psychiatry*, 24, 2, 71-80.
- CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC, 2001, *Les maladies mentales: un éclairage contemporain*, 5.
- DATTO, C. J., THOMPSON, R., HOROWITZ, D., DISBOT, M., OSLIN, D. W., 2003, The pilot study of a telephone disease management program for depression, *General Hospital Psychiatry*, 25, 3, 169-177.
- DAVIDSON, J. R. T., MELTZER-BRODY, S. E., 1999, The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem?, *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, Suppl. 7, 4-9.
- DIETRICH, A. J., OXMAN, T. E., WILLIAMS, J. W. J., SCHULBERG, H. C., BRUCE, M. L., LEE, P. W., BARRY, S., RAUE, P. J., LEFEVER, J. J., HEO, M., ROST, K., KROENKE, K., GERRITY, M., NUTTING, P. A., 2004, Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 329, 7466, 602.
- FINLEY, P. R., RENS, H. R., PONT, J. T., GESS, S. L., LOUIE, C. BULL, S. A., LEE, J. Y., BERO, L. A., 2003, Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial, *Pharmacotherapy*, 23, 9, 1175-1185.
- GAYNES, B. N., WEST, S. L., FORD, C. A., FRAME, P., KLEIN, J., LOHR, K. N., 2004, Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. preventive services task force, *Annals of Internal Medicine*, 140, 10, 822-835.
- HARRIS, M. F., SILOVE, D., KEHAG, E., BARRATT, A., MANICAVASAGAR, V., PAN, J., FRITH, J. F., BLASZYNSKI, A., POND, C. D., 1996, Anxiety and

- depression in general practice patients: prevalence and management, *Medical Journal of Australia*, 164, 9, 526-529.
- HARVEY, I., NELSON, S. J., RONAN, L. A., UNWIN, C., MONAGHAN, S., PETERS, T. J., 1998, A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care, *British Journal of General Practice*, 48, 428, 1043-1048.
- HEDRICK, S. C., CHANEY, E. F., FELKER, B., LIU, C.-F., HASENBERG, N., HEAGERTY, P., BUCHANAN, J., BAGALA, R., GREENBERG, D., PADEN, G., FIHN, S. D., KATON, W., 2003, Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care, *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1, 9-16.
- HUNKELER, E. M., MERESMAN, J. F., HARGREAVES, W. A., FIREMAN, B., BERMAN, W. H., KIRSCH, A. J., GROEBE, J., HURT, S. W., BRADEN, P., GETZELL, M., FEIGENBAUM, P. A., PENG, T., SALZER, M., 2000, Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care, *Archives of Family Medicine*, 9, 8, 700-708.
- JOUKAMAA, M., LEHTINEN, V., KARLSSON, H., 1995, The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 1, 52-56.
- KATON, W., LIN, E., VON KORFF, M., BUSH, T., WALKER, E., SIMON, G., ROBINSON, P., 1994, The predictors of persistence of depression in primary care, *Journal of Affective Disorders*, 31, 2, 81-90.
- KATON, W., ROBINSON, P., VON KORFF, M., LIN, E., BUSH, T., LUDMAN, E., SIMON, G., WALKER, E., 1996, A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care, *Archives of General Psychiatry*, 53, 10, 924-932.
- KATON, W., RUSSO, J., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., BUSH, T., LUDMAN, E., WALKER, E., 2002, Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients, *Journal of General Internal Medicine*, 17, 10, 741-748.
- KATON, W., RUTTER, C., LUDMAN, E. J., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., BUSH, T., WALKER, E., UNUTZER, J., 2001, A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care, *Archives of General Psychiatry*, 58, 3, 241-247.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., BUSH, T., ORMEL, J., 1992, Adequacy and duration of antidepressant treatment in primary care, *Medical Care*, 30, 1, 67-76.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., WALKER, E., UNUTZER, J., BUSH, T., RUSSO, J., LUDMAN, E., 1999, Stepped collaborative care for

- primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial, *Archives of General Psychiatry*, 56, 12, 1109-1115.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., UNUTZER, J., SIMON, G., WALKER, E., LUDMAN, E., BUSH, T., 1997, Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence, *General Hospital Psychiatry*, 19, 3, 169-178.
- KATON, W., VON KORFF, M., LIN, E., WALKER E., SIMON, G. E., BUSH, T., ROBINSON, P., RUSSO, J., 1995, Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care, *Journal of the American Medical Association*, 273, 13, 1026-1031.
- KATZELNICK, D. J., SIMON, G. E., PEARSON, S. D., MANNING, W. G., HELSTAD, C. P., HENK, H. J., COLE, S. M., LIN, E. H. B., TAYLOR, L. H., KOBAK, K. A., 2000, Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care, *Archives of Family Medicine*, 9, 4, 345-351.
- KELLER, M. B., 2004, Remission versus response: the new gold standard of antidepressant care, *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, no Suppl 4, 53-59.
- KESSLER, L. G., CLEARY, P. D., BURKE, J. D. J., 1985, Psychiatric disorders in primary care, *Archives of General Psychiatry*, 42, 6, 583-587.
- KING, M., DAVIDSON, O., TAYLOR, F., HAINES, A., SHARP, D., TURNER, R., 2002, Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 324, 7343, 947-950.
- LESAGE, A., 1996, Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques, *Santé mentale au Québec*, 21, 1, 79-96.
- LIN, E. H. B., SIMON, G. E., KATON, W. J., RUSSO, J. E., VON KORFF, M., BUSH, T. M., LUDMAN, E. J., WALKER, E. A., 1999, Can enhanced acute-phase treatment of depression improve long-term outcomes? A report of randomized trials in primary care, *The American Journal of Psychiatry*, 156, 4, 643-645.
- LIN, E. H. B, VON KORFF, M., RUSSO, J., KATON, W., SIMON, G. E., UNUTZER, J., BUSH, T., WALKER, E., LUDMAN, E., 2000, Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach, *Archives of Family Medicine*, 9, 10, 1052-1058.
- MUNDT, J. C., CLARKE, G. N., BURROUGHS, D., BRENNEMAN, D. O., GRIEST, J. H., 2001, Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: the impact of medication compliance and patient education, *Depression and Anxiety*, 13, 1, 1-10.

- OLFSON, M., KLERNAN, G. L., 1992, The treatment of depression : prescribing practices of primary care physicians and psychiatrist, *The Journal of Family Practice*, 35, 6, 627-635.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2001a, *La santé mentale vue sous l'angle de la santé publique, Rapport sur la santé dans le monde 2001 — La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 9.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2001b, *Politique et prestation de services en santé mentale, Rapport sur la santé dans le monde 2001 — La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, 77-108.
- ORMEL, J., KOETER, M. W. J., VAN DEN BRINK, W., VAN DE WILLIGE, G., 1991, Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice, *Archives of General Psychiatry*, 48, 8, 700-706.
- PEVELER, R., GEORGE, C., KINMONTH, A.-L., CAMPBELL, M., THOMPSON, C., 1999, Effect of antidepressant drug counselling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care : randomised controlled trial, *British Medical Journal*, 319, 7210, 612-615.
- ROLLMAN, B. L., HANUSA, B. H., LOWE, H. J., GILBERT, T., KAPOOR, W. N., SCHULBERG, H. C., 2002, A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care, *Journal of General Internal Medicine*, 17, 7, 493-503.
- ROST, K., NUTTING, P., SMITH, J., WERNER, J., DUAN, N., 2001, Improving depression outcomes in community primary care practice : a randomized trial of the QUEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming, *Journal General Internal Medicine*, 16, 3, 143-149.
- ROST, K., NUTTING, P., SMITH, J. L., ELLIOTT, C. E., DICKINSON, M., 2002, Managing depression as a chronic disease : a randomised trial of ongoing treatment in primary care, *British Medical Journal*, 325, 7370, 934-937.
- SCHULBERG, H. C., BLOCK, M. R., MADONIA, M. J., SCOTT, C. P., RODRIGUEZ, E., IMBER, S. D., PEREL, J., LAVE, J., HOUCK, P. R., COULEHAN, J. L., 1996, Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes, *Archives of General Psychiatry*, 53, 10, 913-919.
- SHERBOURNE, C. D., WELLS, K. B., DUAN, N., MIRANDA, J., UNUTZER, J., JAYCOX, L., SCHOENBAUM, M., MEREDITH, L. S., RUBENSTEIN, L. V., 2001, Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care, *Archives of General Psychiatry*, 58, 7, 696-703.
- SIMON, G. E., KATON, W., RUTTER, C., VON KORFF, M., LIN, E., ROBINSON, P., BUSH, T., WALKER, E. A., LUDMAN, E., RUSSO, J., 1998, Impact of

improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability, *Psychological Medicine*, 28, 3, 693-701.

SIMON, G. E., LUDMAN, E. J., TUTTY, S., OPERSKALSKI, B., VON KORFF, M., 2004, Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 292, 8, 935-942.

SIMON, G. E., VON KORFF, M., RUTTER, C., WAGNER, E., 2000, Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care, *British Medical Journal*, 320, 7234, 550-554.

STATISTIQUE CANADA, 2004, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Cycle 1.2, Santé mentale et bien-être.

STEPHENS, T., JOUBERT, N., 2001, The economic burden of mental health problems in Canada, *Chronic Diseases in Canada*, 22, 1, 18-23.

SWINDLE, R. W., RAO, J. K., HELMY, A., PLUE, L., ZHOU, X. H., ECKERT, G. J., WEINBERGER, M., 2003, Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33, 1, 17-37.

THOMPSON, C., KINMONTH, A. L., STEVENS, L., PEVELER, R. C., STEVENS, A., OSTLER, K. J., PICKERING, R. M., BAKER, N. G., HENSON, A., PREECE, J., COOPER, D., CAMPBELL, M. J., 2000, Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial, *The Lancet*, 355, 9199, 185-191.

TIEMENS, B. G., ORMEL, J., SIMON, G. E., 1996, Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care, *The American Journal of Psychiatry*, 153, 5, 636-644.

TUTTY, S., SIMON, G., LUDMAN, E., 2000, Telephone counselling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system. A pilot study, *EFFECTIVE CLINICAL PRACTICE*, 3, 4, 170-178.

US PUBLIC HEALTH SERVICE AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1993, *Depression in Primary Care: Diagnosis and Detection*, volume 1, Rockville, MD.

US PUBLIC HEALTH SERVICE AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1993, *Depression in Primary Care: Treatment of Major Depression*, volume 2, Rockville, MD.

- VAN DEN BRINK, W., LEENSTRA, A., ORMEL, J., VAN DE WILLIGE, G., 1991, Mental health intervention programs in primary care: their scientific basis, *Journal of Affective Disorders*, 21, 4, 273-284.
- VERGOUWEN, A. C., BAKKER, A., BURGER, H., VERHEIJ, T. J., KOERSELMAN, F., 2005, A cluster randomized trial comparing two interventions to improve treatment of major depression in primary care, *Psychological Medicine*, 35, 1, 25-33.
- VON KORFF, M., KATON, W., RUTTER, C., LUDMAN, E., SIMON, G., LIN, E., BUSH, T., 2003, Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program, *Psychosomatic Medicine*, 65, 6, 938-943.
- WALKER, E. A., KATON, W. J., RUSSO, J., VON KORFF, M., LIN, E., SIMON, G., BUSH, T., LUDMAN, E., UNUTZER, J., 2000, Predictors of outcome in a primary care depression trial, *Journal of General Internal Medicine*, 15, 12, 859-867.
- WELLS, K., SHERBOURNE, C., SCHOENBAUM, M., ETTNER, S., DUAN, N., MIRANDA, J., UNUTZER, J., RUBENSTEIN, L., 2004, Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial, *Archives of General Psychiatry*, 61, 4, 378-386.
- WELLS, K. B., KATON, W., ROGERS, B., CAMP, P., 1994, Use of minor tranquilizers and antidepressant medications by depressed outpatients: results from the medical outcomes study, *The American Journal of Psychiatry*, 151, 5, 694-700.
- WELLS, K. B., SHERBOURNE, C., SCHOENBAUM, M., DUAN, N., MEREDITH, L., UNUTZER, J., MIRANDA, J., CARNEY, M. F., RUBENSTEIN, L. V., 2000, Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 283, 2, 212-220.
- WILLIAMS, J. W. J., MULROW, C. D., KROENKE, K., DHANDA, R., BADGET, R. G., OMORI, D., LEE, S., 1999, Case-finding for depression in primary care: a randomized trial, *American Journal of Medicine*, 106, 1, 36-43.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE, 2004, *What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression?*
- WORRALL, G., ANGEL, J., CHAULK, P., CLARKE, C., ROBBINS, M., 1999, Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial, *Canadian Medical Association Journal*, 161, 1, 37-40.

## **ABSTRACT**

### **Major depression in primary care and clinical impacts of treatment strategies: A literature review**

Major or clinical depression represents a frequent mental illness that is often associated with a high level of morbidity and mortality. Yet, major depression remains under-diagnosed and under-treated. On the level of treatment, it would appear desirable for reasons of better prognosis, to aim more than the simple reduction of depressive symptoms and target their remission resolutely and the fastest return to the individual's optimal functioning. This article presents a systematic review of the literature relating to the clinical impacts of treatment strategies aiming at the improvement of services offered to people who suffer of clinical depression and who consult in primary care. The authors summarize results drawn from 41 studies that include a measurement of the clinical impacts (reduction of symptoms, response, remission and functioning) of various treatment strategies. It appears that using complex treatment strategies favour positive outcomes. The authors propose various paths of research to further increase current knowledge.

## **RESUMEN**

### **La depresión mayor en primer nivel y los impactos clínicos de las estrategias de intervención: Una reseña de la literatura**

La depresión mayor representa un trastorno mental frecuente que es acompañada de una tasa de morbilidad y mortalidad importante. A pesar de ello, la depresión mayor sigue siendo subdiagnosticada y subtratada. En el plano del tratamiento, parece actualmente deseable, por razones de mejor pronóstico, buscar resueltamente la remisión de los síntomas depresivos y el retorno rápido al funcionamiento óptimo del individuo. El artículo presenta una reseña sistemática de la literatura sobre los impactos clínicos de estrategias de intervención que buscan el mejoramiento de los servicios ofrecidos a las personas que sufren de depresión mayor y que consultan en servicios de primer nivel. Los autores se basan en 41 estudios que comprenden una medida de los impactos clínicos de las estrategias de intervención implementadas. La utilización de estrategias de intervención complejas favorece la obtención de resultados positivos. Los autores sugieren varias pistas de investigación para mejorar los conocimientos actuales.



## RESUMO

### **A depressão maior nos serviços primários e os impactos clínicos das estratégias de intervenção: revista da literatura**

A depressão maior representa um transtorno mental freqüente que é acompanhado de uma taxa de morbidade e de mortalidade importante. Apesar disso, a depressão maior continua sendo mal diagnosticada e mal tratada. No plano do tratamento, acredita-se atualmente que é desejável, para se ter um melhor prognóstico, focalizar a remissão dos sintomas depressivos e o retorno rápido ao melhor funcionamento do indivíduo. O artigo apresenta uma revista sistemática da literatura sobre os impactos clínicos de estratégias de intervenção que visam a melhoria dos serviços prestados às pessoas que sofrem de depressão maior e que consultam nos serviços primários. Os autores se baseiam em 41 estudos que comportam uma medida dos impactos clínicos das estratégias de intervenção aplicadas. A utilização de estratégias de intervenção complexas favorecem a obtenção de resultados positivos. Os autores sugerem várias pistas de pesquisa para melhorar o conhecimento atual sobre o assunto.